

保険者努力支援制度(都道府県分) 各年度配点比較

資料5-2

| 指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】 | | H30年度 | H31年度 |
|-------------------------------|--|------------|------------|
| (i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率 | | 20 (10点×2) | 20 (10点×2) |
| (ii) 糖尿病等の重症化予防の取組 | | 10 | 15 |
| (iii) 個人インセンティブの提供 | | 10 | 10 |
| (iv) 後発医薬品の使用割合 | | 20 | 20 |
| (v) 保険料収納率 | | 20 | 20 |
| 体制構築加点 | | 20 | 15 |
| 合計 | | 100 | 100 |

| 指標② 都道府県の医療費水準に関する評価【150億円程度】 | | H30年度 | H31年度 |
|--------------------------------|--|-------|-------|
| (i) 平成28年度の数値が全国平均よりも低い水準である場合 | | 20 | 20 |
| (ii) 平成28年度の数値が前年度より改善した場合 | | 30 | 30 |
| 合計 | | 50 | 50 |

| 指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【150億円程度】 | | H30年度 | H31年度 |
|--|----------------|-------|-------|
| (i) 医療費適正化等の主体的な取組状況 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防の取組 ・市町村への指導・助言等 ・保険者協議会への積極的関与 ・都道府県によるKDBを活用した医療費分析 | 都道府県による給付点検 | 20 | |
| | 都道府県による不正利得の回収 | 10 | |
| | 第三者求償の取組 | | |
| | | | |
| (ii) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減 | | 30 | 30 |
| (iii) 医療提供体制適正化の推進 | | (30) | 25 |
| 合計 | | 60 | 105 |

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つつ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする

保国発 0808 第 3 号

平成 30 年 8 月 8 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
（ 公 印 省 略 ）

平成 31 年度保険者努力支援制度（都道府県分）について

標記について、平成 31 年度保険者努力支援制度（都道府県分）の評価指標及び具体的な算定方法等について、下記のとおり定めたのでお知らせする。

記

第 1 算定方法及び事業見込額調査について

1. 平成 31 年度保険者努力支援制度（都道府県分）は、全都道府県を交付対象とする。
2. 保険者努力支援制度の交付額を平成31年度の納付金算定に反映させる観点から、平成30年度中に平成31年度の交付見込額を算定することとする。また、都道府県に交付する交付額は、第 3 から第 5 の指標ごとに算出される交付額を合算したものとする。
3. 平成 30 年度交付額算定時に評価対象とした取組に係る実績調査を 8 月目途に行い、その結果、以下のいずれかに該当した場合、平成 31 年度の交付見込額の算定基礎となる評価において、減点を行うこととする。
 - ・平成29年9月以降の実施を予定していた取組について、平成29年度中に実施しなかった場合（市町村が実施しなかった場合も含む）
 - ・平成29年9月に報告されていた過年度の実施状況に誤りが判明した場合（市町村が報告していた過年度の実施状況に誤りが判明した場合も含む）

※ 予定していなかった取組を実施した場合や、申請誤り等による加点は行わないこととする。

なお、上記実績調査については後日別途通知を行うこととする。

4. 3. の減点の算出方法は、減点対象の指標毎の平成30年度配点×補正係数〔平成31年度配点合計／平成30年度配点合計〕とする。

※ 小数点以下は切り捨てるものとする。

※ 補正係数は、(指標1) 100点／100点
(指標2) 50点／50点
(指標3) 105点／60点とする。

5. 平成31年度の保険者努力支援制度交付見込額の算定にあたり、都道府県において、評価指標ごとに自己採点を行うものとし、その点数を国へ提出すること。(「第3 (指標1) 主な市町村指標の都道府県単位評価」、「第4 (指標2) 都道府県の医療費水準に関する評価」及び「第5 (指標3) 都道府県の取組状況の評価 (3) 医療提供体制適正化の推進」を除く。) なお、正式な交付申請は、平成31年度国民健康保険保険者努力支援交付金交付要綱(仮称)をもって、平成31年度上半期中に実施するものとする。

6. 都道府県の事務担当者は、都道府県の取組状況を別添(平成31年度都道府県分)の評価採点表に入力のうえ、報告内容に誤りがないことを確認し、平成30年8月31日(金)までに下記のアドレスへ電子メールで提出すること。

※アドレス：kokuh@mhllw.go.jp (保険者努力支援係あて)

第2 予算規模

国民健康保険保険者努力支援交付金等を活用し、500億円規模を措置予定

第3 (指標1) 市町村指標の都道府県単位評価

1. 「平成31年度保険者努力支援制度(市町村分について)」(平成30年7月20日厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)第3及び第4で定める指標(以下、「市町村指標」という。)のうち、6指標について、国で都道府県平均値を算出することにより評価を行うこととする。そのため、当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。

2. 予算規模は、200億円とする。

3. 交付額の算定方法は、〔(体制構築加点+評価指標毎の加点-平成30年度の評価指標毎の減点)×都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む)〕により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に

応じて、予算（200 億円）の範囲内で交付する。なお、体制構築加点は 15 点とし、被保険者数は平成 30 年 6 月 1 日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数

(1) 特定健康診査の実施率（平成 28 年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|---|-----|
| ① 特定健診受診率の都道府県平均値が第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。 | 6 点 |
| ② ①の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位 3 割相当の数値を達成しているか。 | 4 点 |
| ③ ①及び②の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位 5 割相当の数値を達成しているか。 | 2 点 |
| ④ 特定健診受診率の都道府県平均値が平成 27 年度実績と比較して 0.9 ポイント以上向上しているか。 | 4 点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。（達成状況及び前年度比の伸び率を併せて評価する。）
- ・厚生労働省において NDB から抽出される保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。
- ・「特定健診受診率の都道府県平均値」とは、「(都道府県内の特定健康診査受診者数) / (都道府県内の特定健康診査受診対象者数) × 100」により算出された数値をいう。

(2) 特定保健指導の実施率（平成 28 年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|---|-----|
| ① 特定保健指導実施率の都道府県平均値が第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。 | 6 点 |
| ② ①の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位 3 割相当の数値を達成しているか。 | 4 点 |
| ③ ①及び②の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位 5 割相当の数値を達成しているか。 | 2 点 |
| ④ 特定保健指導実施率の都道府県平均値が平成 27 年度実績と比較して 0.9 ポイント以上向上しているか。 | 4 点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。（達成状況及び前年度比の伸び率を併せて評価する。）
- ・厚生労働省において NDB から抽出される保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。
- ・「特定保健指導の都道府県平均値」とは、「(都道府県内の特定保健指導修了者数) / (都道府県内の特定保健指導対象者数) × 100」により算出された数値

をいう。

(3) 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況（平成30年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|--|-----|
| ① 管内市町村のうち、市町村指標①から⑤までを満たす市町村数の割合が、8割を超えているか。 | 15点 |
| ② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①から⑤までを満たす市町村数の割合が、6割を超えているか。 | 10点 |

(留意点)

- ・市町村指標「第3-3 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(4) 個人へのインセンティブの提供の実施（平成30年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|--|-----|
| ① 管内市町村のうち、市町村指標①及び②を満たす市町村数の割合が、6割を超えているか。 | 10点 |
| ② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①及び②を満たす市町村数の割合が、4割を超えているか。 | 5点 |

(留意点)

- ・市町村指標「第3-4 (1) 個人へのインセンティブの提供の実施」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(5) 後発医薬品の使用割合（平成29年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|--|-----|
| ① 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成しているか。 | 10点 |
| ② ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成しているか。 | 5点 |
| ③ 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成28年度実績と比較して5ポイント以上向上しているか。 | 10点 |
| ④ ③の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成28年度実績と比較して向上しているか。 | 5点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。（達成状況及び前年度費の伸び率を併せて評価する。）
- ・厚生労働省においてNDBから抽出される都道府県別後発医薬品使用割合を用いて評価するものとする。

(6) 保険料（税）収納率（平成 29 年度の実績を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|--|------|
| ① 保険料収納率の都道府県平均値が上位 2 割相当の数値を達成しているか。 | 10 点 |
| ② ①の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が上位 4 割相当の数値を達成しているか。 | 5 点 |
| ③ 保険料収納率の都道府県平均値が平成 28 年度の実績と比較して 0.6 ポイント以上向上しているか。 | 10 点 |
| ④ ③の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が平成 28 年度実績と比較して向上しているか。 | 5 点 |

(留意点)

- ・「保険料収納率の都道府県平均値」とは、「(都道府県内保険者の収納額（現年分）の合計）／（都道府県内保険者の調定額（現年分）の合計）×100」により算出された数値をいう。なお、居所不明者分調定額は控除するものとする。
- ・平成 29 年度の実績を評価する際、市町村が報告する国民健康保険事業状況報告（事業年報）の数値で確認を行うため、事業報告を提出する際、誤りのないよう留意されたい。

第 4 （指標 2）都道府県の医療費水準に関する評価

1. 都道府県ごとの国民健康保険被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費を用いて評価を行うこととする。そのため、当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。
2. 予算規模は、150 億円とする。
3. 交付額の算定方法は、[(各指標の加点－平成 30 年度の評価指標毎の減点) × 都道府県内被保険者数（退職被保険者を含む)] により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算（150 億円）の範囲内で算出する。なお、算出にあたり使用する被保険者数は、平成 30 年 6 月 1 日現在の数値とする。

4. 評価指標及び点数

(1) 年齢調整後一人当たり医療費（平成 28 年度の実績値を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|---|------|
| ① 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合 | 20 点 |
| ② 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位 6 位から 10 位である場合 | 15 点 |

| | |
|--|-----|
| ③ ①及び②の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が、全国平均よりも低い水準である場合 | 10点 |
|--|-----|

(留意点)

- ・年齢調整後一人当たり医療費が全国平均よりも低い都道府県について、低いものから順に評価を行うこととする。
- ・年齢調整後一人当たり医療費については、「医療費の地域差分析(厚生労働省)」において把握される「都道府県別の地域差指数」に「全国一人当たり実績医療費(入院、入院外+調剤、歯科)」を乗じた値を用いて評価するものとする。

(2) 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況(平成28年度の実績値を評価)

| 達成基準 | 加点 |
|---|-----|
| ① 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況が全都道府県の上位1位から5位の場合 | 30点 |
| ② 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況が全都道府県の上位6位から10位の場合 | 25点 |
| ③ ①及び②の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が前年度より改善しているか。 | 20点 |

(留意点)

- ・年齢調整後一人当たり医療費の改善状況は、「医療費の地域差分析(厚生労働省)」において把握される「都道府県別の地域差指数」の平成27年度指数と平成28年度指数の比較により評価する。

第5 (指標3) 都道府県の取組状況の評価

1. 各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況について評価を行う。都道府県においては、取組状況を別添の様式に入力のうえ、国へ報告するものとする。(4.(3) 医療提供体制適正化の推進を除く)
2. 予算規模は、150億円とする。
3. 交付額の算定方法は、[(各指標の加点-平成30年度の評価指標毎の減点)×都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む)]により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算(150億円)の範囲内で交付する。被保険者数は平成30年6月1日現在の数値を用いることとする。
4. 評価指標及び点数
 - (1) 医療費適正化等の主体的な取組状況
 - 重症化予防の取組(平成30年度中の取組状況)

| 達成基準 | 加点 |
|---|----|
| (i) 市町村における重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じているか。 | |
| ① 都道府県医師会等の関係団体に対する働きかけ(連携体制を構築し、会議や研修等の実施) | 4点 |
| ② 糖尿病対策推進会議等に対する働きかけ(連携体制を構築し、会議や研修等の実施) | 4点 |
| ③ 市町村に対する働きかけ(市町村の現状把握をした上で、データの提供や研修、保健所による助言・支援等の実施) | 2点 |
| (ii) 都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合、プログラムに次の事項は含まれているか。 | |
| ① 都道府県において分析した管内の状況(健診データ・レセプトデータの分析、保険者の取組状況の把握等) | 2点 |
| ② 各関係者の役割(市町村、都道府県、後期高齢者医療広域連合、地域における医師会等、都道府県糖尿病対策推進会議等) | 2点 |
| ③ 関係機関・関係者との具体的な連携方法(窓口、様式等) | 4点 |
| ④ 抽出方法、介入方法等 | 2点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。
- ・都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・平成30年度中に実施するかどうかを評価するものとする。

○市町村への指導・助言等(平成30年度の実施状況を評価)

| 達成基準 | 加点 |
|---|----|
| 医療費適正化に向けた取組として、都道府県が以下に関する取組について市町村へ指導・助言等を行っているか。 | |
| (i) 給付点検に関する取組状況 | |
| ① 都道府県は、市町村から給付点検調査に要する情報の提供を求めるために、包括的な合意を得ているか。 | 1点 |
| ② 給付点検調査のための担当者を配置し、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に行う等により、日頃から連携体制を構築しているか。 | 1点 |
| ③ 給付点検調査に係る事務処理方針を策定しているか。 | 1点 |
| (ii) 不正利得の回収に関する取組状況 | |
| ① 国保部局において、債権回収に係る事務処理方針を策定しているか。 | 2点 |

| | | |
|---------------------|---|----|
| | ② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定しているか。 | 1点 |
| | ③ 不正利得の回収事案について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的を開催する等して、日頃から連携体制を構築しているか。 | 1点 |
| (iii) 第三者求償に関する取組状況 | | |
| | ① 第三者求償に係る市町村の設定目標を把握し、その取組状況を確認している、または確認予定としているか。 | 1点 |
| | ② 研修の機会等を活用して、第三者求償の目的や債権管理等に関する助言を行っている、または行う予定としているか。 | 1点 |
| | ③ 都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供している、または提供予定としているか。 | 1点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。
- ・都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・平成30年度中に実施するものかどうかを評価するものとする。

○保険者協議会への積極的関与（平成30年度の実施状況を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|---|----|
| ① 保険者協議会の事務局を、都道府県が自ら担う、又は国民健康保険団体連合会と共同で担っているか。 | 3点 |
| ② 保険者協議会を、医療関係者等（2以上の団体）の参画を得て開催しているか。 | 3点 |
| ③ 医療費の調査分析等のための人材育成を行っているか。 | 2点 |
| ④ 厚生労働省から提供される医療費適正化計画に関する医療費データ（NDB）を、保険者協議会へ提示・提供しているか。 | 2点 |

(留意点)

- ・複数算定可能。
- ・都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・平成30年度中に実施するものかどうかを評価するものとする。
- ・都道府県が単独で事務局を担う場合と、国民健康保険団体連合会と共同で担う場合のいずれであっても評価対象とする。
- ・保険者協議会への関係者への参画が、正式な構成員である場合と、オブザーバーである場合のいずれであっても評価対象とする。
- ・都道府県が行う人材育成、保険者協議会が行う人材育成いずれでも評価対象

とする。

人材育成の対象者は、県職員、国民健康保険団体連合会職員、保険者協議会の参加者等のいずれであっても評価対象とする。人材育成の内容については、数日間の研修実施、1日の研修会の開催等の様々な形態が考えられる。

- ・厚生労働省から提供する医療費データについては、毎年度、NDB データを活用して、例えば、都道府県毎の入院・外来別の医療費、疾病別医療費、後発医薬品使用割合、特定健診実施率等を送付予定。

○都道府県による KDB 等を活用した医療費分析（平成 30 年度の実施状況を評価）

| 達成基準 | 得点 |
|--|------|
| 都道府県が、健診データやレセプトデータ等を活用し、管内市町村国保に関する医療費分析等の分析を行い、その結果を市町村へ提供しているか。 | 10 点 |

（留意点）

- ・都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・平成 30 年度中に実施するものかどうかを評価するものとする。
- ・県内の横断的な健康・医療データを活用し、これまで市町村単独では分析ができなかった比較分析等を行い、市町村に提供することを評価する。
- ・分析については、KDB を活用した市町村国保横断的な分析（管内の全市町村比較等）厚生労働省から提供される都道府県ごとの医療費データ（NDB）等を活用した保険者横断的な分析（市町村国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療制度、被用者保険等の保険者別比較等）等が考えられる。

（2）決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（平成 30 年度の実施状況を評価）

| 達成基準 | 加点 |
|---|------|
| ① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている全ての市町村について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。 | 30 点 |
| ② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村のうち 5 割以上の市町村について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。 | 10 点 |

(留意点)

- ・都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・平成30年度中に作成を行うかどうかを評価するものとする。
- ・都道府県内に「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」（平成30年1月29日付け保国発0129第2号国民健康保険課長通知）において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる市町村がない場合も評価対象とする。
- ・全ての市町村とは、上記通知において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる全ての市町村を指す。

(3) 医療提供体制適正化の推進

| 達成基準 | 加点 |
|---|-----|
| ① 地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、複数の構想区域で合意が得られているか。 | 13点 |
| ② ①の基準は満たさないが、地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、1つの構想区域で合意が得られているか。 | 8点 |
| ③ 平成29年度病床機能報告の報告率が平成30年6月末報告時点で100%を達成しているか。 | 2点 |
| ④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病棟を有する医療機関に関する議論を行っているか。 | 5点 |
| ⑤ 地域医療構想調整会議において、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランの議論を行っているか。 | 5点 |

(留意点)

- ・厚生労働省医政局地域医療計画課にて行う地域医療構想の取組状況の把握の結果により評価を行うため、当該評価を実施するうえで、各都道府県の国民健康保険所管課から報告を行う必要はない。
- ・地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、構想区域内の1つ以上の医療機関で合意が得られている場合を①及び②の評価対象とする。